

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO POŻYCZKOBIORCÓW O INDEKSIE BGŻBNPP/LEASELOANCI_5_1.0/2018

Drogi Kliencie,

Zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.

Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami.

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych szczególnych warunkach ubezpieczenia zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	ART. 2 UST.2 W ZWIĄZKU Z ART.1 PKT 6, 9, 14, 22, 23 31, 32, 33. ART. 4 W ZWIĄZKU Z ART. 1 PKT 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 19, 22, 23, 26, 28, 32, 33. ART. 9 W ZWIĄZKU Z ART.1 PKT 4, 5, 6, 7, 9, 14, 15, 19, 21, 23, 27, 28, 31, 32, 33. ART. 10 W ZWIĄZKU Z ART.1 PKT 4, 6, 9, 14, 23, 27, 32, 32.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia.	ART.12 W ZWIĄZKU Z ART.1 PKT 4, 14, 23, 31, 32, 33.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców oznaczone indeksem BGŻBNPP/LEASELOANCI-PI_5_1.0/2018 stosuje się do Umowy ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”.



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie SWU

art. 1

DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców o indeksie BGŻBNPP/LEASELOANCP1_5_1.0/2018 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie składki ubezpieczeniowej; uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiovania sprzedaży; na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 3) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – formularz Ubezpieczyciela, zawierający oświadczenia woli Ubezpieczonego, wyrażające między innymi wolę przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, złożone:
 - a) w formie elektronicznej, albo
 - b) w formie pisemnej;
 - 4) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy pożyczki;
 - 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Pożyczki, jednak nie wcześniej niż Dzień przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 6) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - c) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w SWU,
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - 7) **Harmonogram** – pierwotny harmonogram spłat wskazany przez Pożyczkodawcę w Umowie pożyczki obowiązujący w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia a wystawiony imiennie dla danego Pożyczkobiorcy, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych należnych rat pożyczki;
 - 8) **Kwota finansowania** – cena zakupu pojazdu brutto z uwzględnieniem kosztów ustanowienia zabezpieczenia oraz kosztów ubezpieczeń OC/AC pomniejszona o wkład własny;
 - 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 10) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU;
 - 11) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy pożyczki zgodnie z Harmonogramem nie dłużej niż 120 miesięcy, z zastrzeżeniem Art. 4;
 - 12) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lat nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (przy założeniu, że orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 13) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
 - 14) **Pakiet** – jeden z trzech pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 15) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) nowotwór złośliwy (rak) – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage IA) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - b) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - c) udar mózgu – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - d) niewydolność nerek – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - e) operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - f) przeszczep narządu – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po przedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
- Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

- 16) **Pożyczka** – kwota zobowiązania wynikająca z Umowy pożyczki zawartej pomiędzy Pożyczkobiorcą a Pożyczkodawcą;
- 17) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą wpisana do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Spółka będąca stroną Umowy pożyczki;
- 18) **Pożyczkodawca** – BNP Paribas Leasing Services Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie;
- 19) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 20) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 21) **Spółka** – spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółka akcyjna, wpisana do odpowiedniego rejestru;
- 22) **Suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą ustalania wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
- 23) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Uprawnionemu z tytułu innych ryzyk (zgodnie z postanowieniami SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 24) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu SWU;
- 25) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 26) **Ubezpieczony** – Pożyczkobiorca będący osobą fizyczną prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą lub wspólnicy spółki cywilnej, spółki jawnej, spółki partnerskiej lub członkowie zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej będący osobami fizycznymi, wskazani w Deklaracji ubezpieczeniowej, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową. Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU mogą zostać objęte osoby fizyczne będące odpowiednio wspólnikami lub członkami zarządu Spółki przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia;
- 27) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą przy ul. Grzybowskiej 78 00-844 Warszawa;
- 28) **Umowa pożyczki** – Umowa pożyczki zawarta pomiędzy Pożyczkodawcą, a Pożyczkobiorcą;
- 29) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
- 30) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 31) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych niż Zgon lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 32) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 33) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 34) **Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a Zgonem Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo – skutkowy.

4. W przypadku Pożyczkobiorców, którzy wybrali **Pakiet PODSTAWOWY** lub **Pakiet ROZSZERZONY** oraz którym udzielona Kwota finansowania zawiera się w przedziale:

	Pożyczkobiorcy będący odpowiednio wspólnikami lub członkami zarządu Spółki lub osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą którzy na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie przekroczyli 65 roku życia	Pożyczkobiorcy będący odpowiednio wspólnikami lub członkami zarządu Spółki lub osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą którzy na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia przekroczyli 65 rok życia
Dla Pakietu PODSTAWOWEGO, ROZSZERZONEGO		
do 250 000 ,00 PLN włącznie	deklaracja dobrego stanu zdrowia	
250 000,01 PLN – 500 000,00 PLN	deklaracja dobrego stanu zdrowia	szczegółowy kwestionariusz medyczny



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej. Wybrany przez Ubezpieczającego Pakiet wskazany jest w Deklaracji ubezpieczeniowej:

Nazwa pakietu	Zgon	Poważne zachorowanie	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
Pakiet PODSTAWOWY				
Pakiet ROZSZERZONY				
Pakiet MAKSYMALNY				

3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.
4. Pakiet ROZSZERZONY i Pakiet MAKSYMALNY dostępny jest dla Pożyczkobiorców, którzy zawarli z Pożyczkodawcą Umowę pożyczki, w ramach którego suma udzielonych Pożyczek nie przekracza 500 000 PLN.
5. Pakiet PODSTAWOWY dostępny jest dla Pożyczkobiorców, którzy zawarli z Pożyczkodawcą Umowę pożyczki, w ramach którego suma udzielonych Pożyczek nie przekracza 2 000 000 PLN.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba fizyczna, o której mowa w Art. 1 pkt 26), pod warunkiem, że:
 - a) podpisała Deklarację ubezpieczeniową lub złożyła oświadczenie w postaci elektronicznej o treści zgodnej z treścią Deklaracji ubezpieczeniowej,
 - b) najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie przekroczyła w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy pożyczki 75 lat,
 - c) zawarła z Pożyczkodawcą Umowę pożyczki w wysokości nieprzekraczającej:
 - 500 000 PLN dla Pakietu ROZSZERZONEGO i Pakietu MAKSYMALNEGO, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych Pożyczek, przy zawieraniu, których Pożyczkobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 500 000 PLN,
 - 2 000 000 PLN dla Pakietu PODSTAWOWEGO, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych Pożyczek, przy zawieraniu, których Pożyczkobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 2 000 000 PLN.
2. Ubezpieczyciel, przed objęciem Ochroną ubezpieczeniową, może domagać się od każdego z Pożyczkobiorców dołączenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować potencjalnego Ubezpieczonego na badania lekarskie.

Dla Pakietu PODSTAWOWEGO		
	Pożyczkobiorcy będący odpowiednio współnikami lub członkami zarządu Spółki lub osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą którzy na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie przekroczyli 65 roku życia	Pożyczkobiorcy będący odpowiednio współnikami lub członkami zarządu Spółki lub osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą którzy na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia przekroczyli 65 rok życia
500 000,01 PLN – 700 000,00 PLN	kwestionariusz medyczny	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie
700 000,01 PLN – 900 000,00 PLN	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie (wraz z analizą krwi, moczu i EKG)
900 000,01 PLN – 1 200 000,00 PLN	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie (wraz z analizą krwi, moczu i EKG)	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie (wraz z analizą krwi, moczu, EKG, spirometrią oraz badaniami na nosicielstwo HIV)
1 200 000,01 PLN – 1 500 000,00 PLN	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie (wraz z analizą krwi, moczu, EKG, spirometrią oraz badaniami na nosicielstwo HIV)	
1 500 000,01 PLN – 2 000 000,00 PLN	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie (wraz z analizą krwi, moczu, EKG, spirometrią oraz badaniami na nosicielstwo HIV) + kwestionariusz finansowy	

5. W przypadku Pożyczkobiorców, którzy wybrali **Pakiet MAKSYMALNY** oraz którym udzielona Kwota finansowania zawiera się w przedziale:

	Pożyczkobiorcy będący odpowiednio współnikami lub członkami zarządu Spółki lub osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą którzy na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie przekroczyli 65 roku życia	Pożyczkobiorcy będący odpowiednio współnikami lub członkami zarządu Spółki lub osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą którzy na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia przekroczyli 65 rok życia
do 165 000,00 PLN włącznie	deklaracja dobrego stanu zdrowia	
165 000,01 PLN – 330 000,00 PLN	deklaracja dobrego stanu zdrowia	szczegółowy kwestionariusz medyczny
330 000,01 PLN – 460 000,00 PLN	kwestionariusz medyczny	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie
460 000,01 PLN – 500 000,00 PLN	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie	szczegółowy kwestionariusz medyczny + badania lekarskie (wraz z analizą krwi, moczu i EKG)

6. Kwotą warunkującą objęcie Ochroną ubezpieczeniową oraz zakres dodatkowych wymogów, o których mowa w ust. 6–7, na jedną osobę wnioskującą o objęcie Ochroną ubezpieczeniową jest każdorazowo maksymalna wysokość wnioskowanej przez Pożyczkobiorcę Kwoty finansowania – niezależnie od liczby osób wnioskujących o objęcie Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy pożyczki.
7. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy pożyczki występuje więcej niż jeden Pożyczkobiorca lub współnik, członek zarządu Spółki Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Pożyczkobiorcy, chyba że któryś z Pożyczkobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 a), b) oraz 4 niniejszego art. przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy pożyczki może być objętych nie więcej niż pięciu Pożyczkobiorców.
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od któregośkolwiek z Ubezpieczonych pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy pożyczki;
 - 7) z dniem rozwiązania Spółki; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczający odstąpi od Umowy pożyczki Ubezpieczeni w ramach danej Umowy pożyczki będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
6. W przypadkach opisanych w art. 4 ust. 3 pkt. 1), 2) SWU Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
7. W odniesieniu do Spółek, w przypadku opisanym w art. 4 ust. 3 pkt. 3) SWU Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby pozostałych Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w dniu utraty statusu odpowiednio współnika lub członka zarządu Spółki.
8. W odniesieniu do Spółek, w przypadkach innych niż opisane w art. 4 ust. 3 pkt. 3) gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny, wynikający z Umowy pożyczki łączący Pożyczkodawcę z którymkolwiek z Ubezpieczonych lub stosunek prawny wynikający z Umowy ubezpieczenia łączący Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych ulegnie rozwiązaniu, Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Ubezpieczonego wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową w dniu rozwiązania stosunku prawnego wynikającego odpowiednio z Umowy pożyczki lub Umowy ubezpieczenia.



Jak długo trwa Twoja ochrona?

art. 4 CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - 2) dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) w przypadku Poważnego zachorowania w odniesieniu do Pakietu ROZSZERZONEGO – w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia;
 - 3) z dniem utraty statusu odpowiednio współnika lub członka zarządu Spółki;
 - 4) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
 - 2) z upływem 120 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 3) w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona;
 - 4) w dniu odstąpienia od Umowy pożyczki;

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Ubezpieczającego lub Agenta.
2. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Agenta lub Ubezpieczającego rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.

art. 5

OBOWIĄZKI UBEZPIEZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej lub elektronicznej na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego lub Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.
4. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta lub Ubezpieczającego.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przystąpienie do ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od Kwoty finansowania, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz wybranego Pakietu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia jest równa:
 - 1) W odniesieniu do Pakietu PODSTAWOWEGO Kwocie finansowania jednak nie więcej niż 2 000 000 PLN,
 - 2) W odniesieniu do Pakietu ROZSZERZONEGO Kwocie finansowania jednak nie więcej niż 500 000 PLN,
 - 3) W odniesieniu do Pakietu MAKSYMALNEGO Kwocie finansowania jednak nie więcej niż 500 000 PLN.
2. W przypadku, gdy Zgon nastąpi w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie z tytułu Zgonu oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy pożyczki objętych zostało więcej Pożyczkobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 6, 7 i 8 SWU.
4. Po wypłacie świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia, o której mowa w art. 10 ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3 – dla jednego Ubezpieczonego, dalszy podział Sumy ubezpieczenia przypadającej na pozostałych Ubezpieczonych nie będzie dokonywany.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu **Zgonu** dla poszczególnych pakietów wynosi:
 - 1) dla Pakietu PODSTAWOWEGO – 100% Sumy ubezpieczenia równej Kwocie finansowania, jednak nie więcej niż 2 000 000 PLN,
 - 2) dla Pakietu ROZSZERZONEGO – 100% Sumy ubezpieczenia równej Kwocie finansowania, jednak nie więcej niż 500 000 PLN,
 - 3) dla Pakietu MAKSYMALNEGO – 150% Sumy ubezpieczenia równej Kwocie finansowania, jednak nie więcej niż 750 000 PLN.
2. Świadczenie z tytułu **Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** wynosi:
 - 1) dla Pakietu MAKSYMALNEGO – 150% Sumy ubezpieczenia równej Kwocie finansowania, jednak nie więcej niż 750 000 PLN.
3. Świadczenie z tytułu **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** wynosi:
 - 1) dla Pakietu MAKSYMALNEGO – 100% Sumy ubezpieczenia równej Kwocie finansowania, jednak nie więcej niż 500 000 PLN.
4. Świadczenie z tytułu **Poważnego zachorowania** dla poszczególnych pakietów wynosi:
 - 1) dla Pakietu ROZSZERZONEGO – 100% Sumy ubezpieczenia równej Kwocie finansowania, jednak nie więcej niż 500 000 PLN,
 - 2) dla Pakietu MAKSYMALNEGO – 100% Sumy ubezpieczenia równej Kwocie finansowania, jednak nie więcej niż 500 000 PLN.
5. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z treścią Art. 10.
6. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, kwota o której mowa w Art. 11 ust. 4 dla tego Zdarzenia wynosi 1 000 PLN.
7. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Świadczenie z tytułu Zgonu zostanie pomniejszone o już wypłacone Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi zajście Zdarzenia w formie pisemnej np.: na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji pożyczkowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Pożyczkodawcy lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczane przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.

8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka niż Zgon lub Zgon skutek Nieszczęśliwego wypadku – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; - dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.); - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; - dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.); - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań; - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu SWU; - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);

10. Z zastrzeżeniem ust. 10 w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego członkiem zarządu lub wspólnikiem Spółki w przypadkach opisanych w art. 4 ust 6,7 i 8 dokumentem niezbędny do rozpatrzenia roszczenia jest pełny odpis z rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Krajowy Rejestr Sądowy.
11. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub, gdy żaden z Uposażonych w dniu Zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
- a) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - b) jeśli brak współmałżonka Ubezpieczonego – dzieci Ubezpieczonego,
 - c) które otrzymują świadczenie w częściach równych, jeśli brak dzieci i współmałżonka Ubezpieczonego – rodziców Ubezpieczonego, którzy otrzymują świadczenie w częściach równych,
 - d) jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka Ubezpieczonego – rodzeństwo Ubezpieczonego, które otrzymuje świadczenie w częściach równych,
 - e) jeśli brak osób wymienionych powyżej – spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa, którzy otrzymują świadczenie w częściach równych ich udziałowi w spadku.



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia

art. 13 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

Zdarzenie	Wyłączenia
	Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
Zgon	<ol style="list-style-type: none"> a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, b) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, d) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony, zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość. e)
Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ol style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, c) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony, zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość. d)
Poważne zachorowanie	<ol style="list-style-type: none"> a) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, b) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony, zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzeniem wykorzystującym energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość. c)

Trwała i całkowita niezdolność do pracy

- czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony, zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- próbą samobójstwa,
- samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

art. 14

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

- Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
- W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
- W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

art. 15

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

- Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
- Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie odpowiednio przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Powództwa o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
- Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
- W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2013 poz. 392 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

art. 16

SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

art. 17

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Zgodnie z treścią Art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz. 224) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
- Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców o indeksie BGZBNPP/LEASELOANCP1_5_1.0/2018, weszły w życie z dniem 24 września 2018 roku, zmienione z dniem 1 października 2021 roku.
- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 18



Kontakt z nami

✉ Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

☎ Telefon: +48 22 529 17 09
Fax: +48 22 529 01 01

📄 Aby zgłosić roszczenie online wejdź na stronę:
www.rozszczenia.cardif.pl

@ lub napisz na adres: roszczenia@cardif.pl
Aby złożyć reklamację napisz na adres: reklamacje@cardif.pl

🌐 Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: www.cardif.pl